



UPOWAŻNIENIE PACJENTA/OPIEKUNA PRAWNEGO DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Pacjent

Imię i nazwisko Pacjenta

Pesel

Imię i nazwisko Rodzica / Opiekuna prawnego *

Telefon kontaktowy

Upoważniam w imieniu: własnym lub jako: rodzic opiekun prawny,

Upoważnienie

Ja niżej podpisany / na

legitymujący / ca się dokumentem tożsamości

Seria

Numer

upoważniam Panią / Pana

legitymującą / cego się dokumentem tożsamości

Seria

Numer

do odbioru dokumentacji medycznej.

Nieniejsze upoważnienie ma charakter jednorazowy.

W przypadku dziecka między 16 a 18 r.ż. wymagana jest zgoda równoległa - zgoda wyrażona równocześnie przez dziecko i rodzica/opiekuna prawnego

data i czytelny podpis osoby upoważniającej

data i czytelny podpis osoby upoważnionej